

# 国民健康保険 療養費支給申請書

\* 太枠の中を記入してください。

被保険者証の記号番号	榛							個人番号									
療養を受けた被保険者氏名								生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日							
療養を受けた医療機関	所在地		別紙のとおり														
	名称		別紙のとおり														
	医師名等		別紙のとおり														
傷病及びその原因	別紙のとおり							療養の給付を受けなかった理由	<input type="checkbox"/> 療養取扱機関以外の病(医)院等 <input type="checkbox"/> 被保険者証の不提出 <input type="checkbox"/> 社保・共済・健保被扶養者認定取消 <input type="checkbox"/> 治療用装具(入院・外来) <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他( )								
発病(負傷)年月日	平成 年 月 日																
負傷の経過									療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間							
第三者行為の有無	有	無															
療養内容	別紙のとおり							療養に要した費用	円								
上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。なお、当該療養費については次の口座に振り込んでください。																	
年 月 日																	
世帯主 住所 榛東村																	
氏 名																	
連絡先																	
榛東村長 あて																	
個人番号																	
* 世帯主名義の口座を記入してください。																	
金融機関	銀行・農協・労金 支店・本店 信組・信金 支店・支所																
預金口座	種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他( )															
	番号																
口座名義人	(フリガナ)																

処理欄	資格区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職家族 <input type="checkbox"/> 高齢1割 <input type="checkbox"/> 高齢2割 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上 <input type="checkbox"/> 6歳未満														
	福祉医療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	支給方法	<input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 現金	債権者コード											
	費用額	一部負担金					支給決定額					他法負担額				
	円	円					円					円				